



ALL'ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE

Sede di _____

- Area prestazioni a sostegno del reddito -

ALL'AZIENDA

Via _____ n. _____

LAVORATORI IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE**DOMANDA ANNUALE DI PERMESSI DAL _____ AL _____ (max. 12 mesi)**

Legge 104/1992, art.33 comma 6; Legge 53/2000, art. 19 e art. 20

(Scrivere in stampatello e barrare le caselle che interessano)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

QUADRO A		R ICHIEDENTE	
COGNOME		NOME	DATA DI NASCITA
COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA		PROV.	CODICE FISCALE
COMUNE DI RESIDENZA		PROV.	INDIRIZZO (Via, Piazza, N. Civico, Frazione ecc.)
CAP	N. TELEFONICO		
☐ in condizione di handicap grave , accertata dalla ASL di _____ in data _____ (vedi punto 2 AVVERTENZE IMPORTANTI)			
☐ non ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati			

CHIEDE

- ☐ di fruire dei permessi spettanti ai LAVORATORI in condizione di handicap e della relativa indennità **qualora spettante** in base alla legge 104/92 (**vedi AVVERTENZE IMPORTANTI**)
- ☐ Il pagamento diretto dei permessi in quanto operaio/a agricolo/a.

DICHIARA

- ☐ di svolgere attività lavorativa alle dipendenze della Ditta sopra indicata
- matricola INPS della Ditta (per le aziende agricole indicare partita IVA o codice fiscale) _____
 - settore di appartenenza (industria/artigianato, terziario, agricoltura, ecc.) _____
 - qualifica (impiegato, operaio, apprendista, lavorante a domicilio, ecc.) _____
- ☐ di svolgere la suddetta attività a part time
- ☐ orizzontale
- ☐ verticale: n° giorni di lavoro effettivi _____. Che l'azienda ☐effettua ☐non effettua la settimana corta (V. punto 1 Avvertenze)

QUADRO B	(1)	PERMESSI ORARI RICHIESTI (in alternativa ai permessi giornalieri)
☐ 2 ORE O 1 ORA DI PERMESSO PER TUTTI I GIORNI LAVORATIVI (V. punti 3.1 e 3.2 Avvertenze)		
PERMESSI DI 2 ORE		PERMESSI DI 1 ORA
dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____		dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____		dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____		dal (gg/mm/aaaa) _____ al (gg/mm/aaaa) _____
(1) IL QUADRO B NON DEVE ESSERE COMPILATO DAGLI <u>OPERAI AGRICOLI</u>, CHE DOVRANNO PRESENTARE IL MODELLO HAND/AGR PER CIASCUNO DEI MESI INTERESSATI DAI PERMESSI .		

QUADRO C	(1)	PERMESSI MENSILI RICHIESTI (in alternativa ai permessi orari)
NEI SEGUENTI 12 MESI		
N.B. Se la domanda non decorre dal mese di gennaio va indicato per ciascun mese l'anno in cui sarà fruito il permesso		
☐ GENNAIO 20 ☐ FEBBRAIO 20 ☐ MARZO 20	☐ APRILE 20 ☐ MAGGIO 20 ☐ GIUGNO 20	☐ LUGLIO 20 ☐ AGOSTO 20 ☐ SETTEMBRE 20
☐ OTTOBRE 20 ☐ NOVEMBRE 20 ☐ DICEMBRE 20		
(1) IL QUADRO C NON DEVE ESSERE COMPILATO DAGLI OPERAI AGRICOLI, CHE DOVRANNO PRESENTARE IL MODELLO HAND/AGR PER CIASCUNO DEI MESI INTERESSATI DAI PERMESSI.		

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA
☐ Certificato rilasciato dalla competente Commissione ASL attestante lo stato di gravità della condizione di handicap del soggetto, o, per persone con <i>sindrome di Down</i> , anche certificato rilasciato dal proprio medico di base (con allegata copia del "cariotipo" sulla cui base il curante stesso ha rilasciato il certificato -legge 27 dicembre 2002, n. 289, art. 94-), o, per i grandi invalidi di guerra e equiparati, copia dell'attestato di pensione o del decreto di concessione rilasciato dal competente Ministero ☐ Certificato del medico specialista ASL, se non è stato ancora rilasciato il certificato della Commissione ASL (da presentare comunque non appena disponibile) ☐ Modello HAND/AGR (solo per gli operai dell'agricoltura) ☐ Altro (indicare) _____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'
Il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze civili e penali previste per coloro che rendono attestazioni false, dichiara che le notizie fornite rispondono a verità. Inoltre dichiara di essere consapevole che le amministrazioni sono tenute a controllare la veridicità delle dichiarazioni e che, in caso di dichiarazione falsa, chi l'ha effettuata può subire una condanna penale e decadere dagli eventuali benefici ottenuti con l'autocertificazione. <u>Si impegna a consegnare al datore di lavoro la copia della presente domanda, timbrata per ricevuta dall'INPS.</u> <u>Si impegna a presentare il certificato della Commissione ASL ed a comunicare entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento le eventuali variazioni delle notizie o delle situazioni autocertificate con la presente, in particolare:</u> - l'eventuale ricovero del richiedente, lavoratore in condizione di handicap grave, presso istituti specializzati - la revisione del giudizio di gravità della condizione di handicap grave da parte della Commissione ASL - le modifiche ai periodi di permesso richiesti - la fruizione di permessi, per lo stesso soggetto in condizione di handicap grave, da parte di altri familiari. Preso atto dell'informativa fornitagli ai sensi dell'art. 10 della legge 31.12.1996, n. 675, acconsente, qualora necessario all'istruzione, alla definizione e alla comunicazione inerente alla richiesta: 1) al trattamento di eventuali dati sensibili; 2) al trasferimento dei propri dati personali e sensibili all'estero; 3) alla comunicazione dei propri dati personali e sensibili a soggetti che gestiscono servizi informatici, di postalizzazione e archiviazione e al trattamento dei dati stessi da parte di tali soggetti; 4) alla comunicazione dei propri dati sensibili, ai fini diversi da quelli connessi alla presente richiesta, ad altri enti o amministrazioni pubbliche ove ciò sia necessario per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali. Consapevole del fatto che il mancato consenso può comportare l'impossibilità di definire o notevole ritardo nella definizione la presente richiesta non consente a quanto indicato ai punti - 1 - 2 - 3 - 4 Data _____ Firma _____ _____ DEL/ DELLA RICHIEDENTE O DEL SUO RAPPRESENTANTE LEGALE

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' DA SOTTOSCRIVERE IN OCCASIONE DEL RINNOVO ANNUALE (non necessaria per i soggetti con <i>sindrome di Down</i>)
Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità amministrative, civili e penali previste per il caso di dichiarazioni false o fraudolente dirette a procurare indebitamente le prestazioni, dichiara che la Commissione ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap e che la certificazione rilasciata dalla ASL non è scaduta e non ha subito modifiche. Data _____ Firma _____ _____ DEL/ DELLA RICHIEDENTE

EVENTUALE SCELTA DEL PATRONATO
Il/la sottoscritto/a delega il Patronato _____ presso il quale elegge domicilio ai sensi dell'art.47 del Codice Civile, a rappresentarmi ed assistermi gratuitamente, ai sensi e per gli effetti di cui alla legge 30 marzo 2001, n. 152 nei confronti dell'INPS per la trattazione della pratica relativa alla presente domanda. La presente delega può essere revocata solo per iscritto. Data _____ Firma _____ Timbro e codice del patronato _____ Firma dell'operatore del Patronato _____ numero pratica _____

AVVERTENZE IMPORTANTI

1) RAPPORTO DI LAVORO

- Gli interessati devono essere titolari di un **rapporto di lavoro dipendente, coperto da assicurazione INPS per le prestazioni di maternità**, che deve sussistere all'inizio e durante il periodo di permesso richiesto. Sono esclusi comunque i lavoratori a domicilio e gli addetti ai servizi domestici)
- In caso di part time verticale occorre indicare il numero dei giorni in cui sussiste, secondo contratto, l'obbligo di prestare attività lavorativa nel mese (**gg. lavorativi effettivi**) e se l'azienda effettua la "settimana corta". Per ogni mese spetta infatti un numero di giorni proporzionato all'attività effettivamente svolta secondo il contratto.

2) SOGGETTI E REQUISITI

LAVORATORI IN CONDIZIONE DI HANDICAP GRAVE

- **con handicap in situazione di gravità accertata :**
 - o dalla competente Commissione ASL
 - oppure, nell'attesa della decisione ASL, dal medico specialista ASL (in questo caso la certificazione ha validità per sei mesi)
- o, per i soggetti con *sindrome di Down*, anche dal proprio medico di base, con certificato rilasciato su presentazione del "cariotipo" (legge 27 dicembre 2002, n. 289, art. 94),
- o, per i grandi invalidi di guerra e equiparati, dal competente Ministero, (esibire copia dell'attestato di pensione o del decreto di concessione)
- **non ricoverati** a tempo pieno presso Istituti specializzati

3) PERMESSI SPETTANTI

(spettano quelli del punto 3.1 oppure del punto 3.2)

3.1 Permessi orari (fino a 2 ore giornaliere in caso di orario giornaliero di lavoro pari o superiore a 6 ore, oppure a 1 ora in caso di orario giornaliero di lavoro inferiore a 6 ore)

3.2 Permessi giornalieri: massimo 3 giorni al mese (frazionabili anche in 6 mezze giornate), in proporzione a periodi di lavoro effettivamente lavorati nell'arco del mese.

N.B. I giorni di permesso non fruiti in un mese, non possono essere cumulati con quelli spettanti in un mese successivo.

4) DOMANDA E DOCUMENTAZIONE

- La domanda va compilata in duplice copia, una delle quali dovrà essere consegnata al datore di lavoro
- La domanda ha validità annuale e può essere modificata in caso di necessità.
- Alla domanda va allegata, solo qualora l'INPS e il datore di lavoro non ne siano già in possesso, la documentazione relativa alla gravità della condizione di handicap (anche in copia dichiarata autentica), rilasciata a suo tempo dalla commissione medica o, con validità temporanea, dallo specialista della competente ASL o, per i soggetti con *sindrome di Down*, anche dal proprio medico di base (con allegata copia del "cariotipo" sulla cui base il curante stesso ha rilasciato il certificato) o, per i grandi invalidi di guerra e equiparati, copia dell'attestato di pensione o del decreto di concessione rilasciato dal competente Ministero.

5) RINNOVO ANNUALE

- **La domanda di permessi va presentata annualmente** all'INPS e al datore di lavoro.
- Per il rinnovo è sufficiente dichiarare che l'ASL non ha rivisto il giudizio di gravità della condizione di handicap (dichiarazione non necessaria per le persone con *sindrome di Down* e per i grandi invalidi di guerra).

6) INCOMPATIBILITÀ

- Durante i mesi in cui vengono richiesti i permessi né il richiedente i permessi né altri soggetti possono fruire del congedo straordinario di cui all'art. 42, comma 5 del D.lgs. n.151/2001 (congedo massimo di due anni)
- Il lavoratore che fruisce dei permessi giornalieri o orari quale persona in condizione di handicap grave non può richiedere negli stessi periodi permessi per l'assistenza ad altri soggetti in condizione di handicap grave.

RICEVUTA

Mod.Hand 3 (Titolari)

Il/La Sig.

cognome

nome

ha presentato oggi la domanda di

- ☐ **permessi orari di 1 o 2 ore al giorno**
- ☐ **giorni di permesso mensile**

Il nominativo del responsabile del provvedimento può essere rilevato dagli appositi avvisi esposti nei locali dell'INPS.
Le informazioni al riguardo potranno essere fornite anche telefonicamente.

Timbro datario INPS e firma

N.B. Scrivere in stampatello e barrare le caselle che interessano